



Conseil économique et social

Distr. générale
16 janvier 2009
Français
Original : anglais

Commission de la population et du développement

Quarante-deuxième session

30 mars-3 avril 2009

Point 3 de l'ordre du jour provisoire*

Suite donnée aux recommandations

de la Conférence internationale

sur la population et le développement

Suivi des programmes de population, centré sur la contribution du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement aux objectifs de développement convenus à l'échelon international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Dans sa décision 2007/1, la Commission de la population et du développement a décidé que sa quarante-deuxième session aurait pour thème spécial la contribution du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement aux objectifs de développement convenus à l'échelon international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement. La présente note servira de point de départ aux délibérations de la Commission.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement énonce un ensemble d'objectifs et de recommandations visant à améliorer la condition humaine et à promouvoir le développement durable et une croissance économique soutenue. Ses buts et objectifs sont compatibles avec d'autres objectifs de développement internationalement convenus et les mesures qui y sont recommandées contribuent pleinement à la réalisation de ces objectifs. Au cœur du

* E/CN.9/2009/1.



Programme d'action figurent notamment des directives sur les politiques, les programmes et les mesures qui ont un rapport direct avec la dynamique de la population et influent sur la croissance et la structure démographiques. Le présent rapport est centré sur la manière dont la mise en œuvre de ces directives de base et les mesures qu'elles nécessitent contribuent à la réalisation des objectifs internationalement convenus, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement.

Ce rapport a été établi par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	1
II. Élimination de l'extrême pauvreté et de la faim	7
A. Élimination de l'extrême pauvreté.	7
B. Élimination de la faim	11
III. L'éducation pour tous	12
IV. La population et les objectifs liés à la santé	15
A. Réduction de la mortalité infantile	15
B. Lutte contre le paludisme	18
C. Lutte contre l'épidémie de VIH/sida	19
D. Réduction de la mortalité maternelle.	21
E. La santé en matière de procréation	23
V. Promotion de l'égalité et de l'autonomisation des femmes	28
VI. Environnement durable	30
VII. Partenariat mondial en faveur du développement	32
VIII. Conclusions et recommandations	34
Tableaux	
1. La population selon différents scénarios, par grande région : 2005	6
2. Taux annuel de croissance démographique, fécondité cumulée et PIB par habitant par grande région, 1995 et 2005	7
3. Taux de croissance démographique et fécondité cumulée pendant les années 2000-2005 pour les pays en développement, par niveau de pauvreté en 2005	9
4. Taux de croissance démographique entre 2000 et 2005 et pourcentage de la population âgée de moins de 15 ans en 2005, selon certains indicateurs d'éducation.	13
5. Mortalité des enfants de moins de 5 ans par groupe de développement et en Afrique subsaharienne, 1990, 2007 et 2015	15
6. La mortalité maternelle par grande région, 1990 et 2005.	21
7. Tendances des besoins de planification familiale non satisfaits dans les régions en développement, 1995 et 2005	26
Figures	
I. Dépenses consacrées à l'éducation, par enfant, par rapport à la fécondité cumulée, dans certains pays	14
II. Mortalité des moins de 5 ans comparée au pourcentage de naissances dans les catégories à risque, 1985-2007.	18

III.	Fécondité cumulée comparée à l'incidence de la contraception dans les régions en développement, 1985-2005	24
IV.	Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en concubinage, qui utilisent une méthode de contraception moderne, 2005	25
V.	Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en concubinage, qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale	28
VI.	Variation en pourcentage de l'aide des donateurs pour des programmes de planification familiale, par femme âgée de 15 à 49 ans, 1996-2006	34

I. Introduction

1. Le Programme d'action¹ de la Conférence internationale sur la population et le développement énonce un large ensemble d'objectifs et de recommandations visant à améliorer la condition humaine et à promouvoir le développement durable et une croissance économique soutenue. Ses buts et objectifs sont compatibles avec d'autres objectifs de développement internationalement convenus et les mesures qui y sont recommandées contribuent pleinement à la réalisation de ces objectifs, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement². Au cœur du Programme d'action figurent notamment des directives sur les politiques, les programmes et les mesures qui ont un rapport direct avec la dynamique de la population et influent sur la croissance et la structure démographiques. Le présent rapport est centré sur la manière dont ces directives de base et les mesures qui en découlent peuvent contribuer à la réalisation des objectifs essentiels du développement.

2. L'abaissement universel de la mortalité et la réduction de la fécondité qui l'a suivi ont été deux des principales réalisations du XX^e siècle. En 1994, lorsque la Conférence internationale sur la population et le développement s'est réunie pour examiner l'interdépendance entre l'évolution de la population et le développement durable, il ne faisait aucun doute que la croissance démographique ne constituait désormais plus la menace qu'elle représentait lorsque la première conférence intergouvernementale sur la population, la Conférence mondiale sur la population, s'était réunie en 1974. En 1994, la fécondité était en baisse depuis au moins deux décennies dans la plupart des pays d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes, et elle commençait à diminuer dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne. Le taux annuel de croissance démographique, qui avait atteint son point culminant, soit 2,02 %, pendant les années comprises entre 1965 et 1970, était retombé à 1,54 % et était définitivement en baisse. Une « explosion démographique » semblait avoir été évitée.

3. Selon les estimations, le taux mondial de croissance démographique a encore baissé, se situant à 1,17 % par an, et la poursuite de ce repli est généralement considérée comme acquise. Il est néanmoins instructif d'examiner l'explosion démographique qui ne s'est pas produite pour souligner qu'il est encore trop tôt pour pavoiser (voir tableau 1). Si la fécondité s'était maintenue en Asie au niveau qu'elle atteignait autour de l'année 1970, la population de cette région aurait atteint 6,1 milliards en 2005, soit près de la population actuelle du monde entier. En raison de l'abaissement rapide de la fécondité enregistré dans la plupart des pays d'Asie, en particulier les plus peuplés d'entre eux, la population de l'Asie se chiffrait à 3,9 milliards en 2005, soit 54 % de moins que ce qu'elle aurait été sans un abaissement de la fécondité. Les chiffres sont plus modestes pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Néanmoins, sans la réduction rapide de la fécondité qu'elle a enregistrée, cette grande région aurait eu en 2005 une population supérieure de 38 % à celle effectivement enregistrée (769 millions contre 558 millions). La constatation capitale est que, dans le cas de l'Afrique, l'écart entre la population telle qu'elle aurait été sans une réduction de la fécondité depuis 1970 (832 millions) et celle

¹ *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.XIII.18).

² Voir E/CN.9/2005/6, chap. III.

effectivement enregistrée (769 millions) est très réduit puisqu'il ne représente que 8 % de la population actuelle. Dans les pays les moins avancés, l'écart est plus marqué mais encore modeste, soit seulement 15 % de la population de 2005. Ces résultats montrent que l'explosion démographique a été évitée parce que la fécondité a rapidement baissé en Asie et en Amérique latine et dans les Caraïbes, mais qu'elle a essentiellement suivi son cours en Afrique et dans la plupart des pays les moins avancés. Comme le montre le présent rapport, une croissance démographique rapide s'accompagne d'un certain nombre d'effets sociaux et économiques pernicieux.

Tableau 1
La population selon différents scénarios, par grande région : 2005

	<i>Variante moyenne</i>	<i>Fécondité constante depuis 1970</i>	<i>Écart en 2005</i>	<i>Écart en pourcentage</i>
	<i>(en millions)</i>			
Régions peu développées	5 299	7 936	2 637	50
Pays les moins avancés	767	882	115	15
Autres pays peu développés	4 532	7 054	2 522	56
Asie	3 938	6 079	2 141	54
Amérique latine et Caraïbes	558	769	211	38
Afrique	769	832	62	8

4. Les quarante dernières années ont montré que les gouvernements, par leur politique et leur engagement, peuvent sensiblement influencer sur l'évolution de la dynamique démographique. Les résultats positifs obtenus n'ont été possibles que grâce à la volonté des gouvernements et à l'engagement permanent de la communauté internationale, tels que cristallisés dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. La réussite de ce programme d'action dépend au premier chef des mesures prises sur la base des droits et principes fondamentaux. Acceptant le fait que le respect des droits de l'homme constitue le fondement même de la réalisation du développement, le Programme d'action contient des objectifs et des recommandations qui se justifient non seulement parce qu'ils débouchent sur le développement ou ont des effets positifs sur le bien-être des individus, mais aussi parce qu'ils sont une expression des droits de l'individu. C'est ainsi que les mesures destinées à faire progresser l'égalité et l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes que préconise le Programme d'action relèvent autant des droits de l'homme que du développement. La pleine mise en œuvre du Programme d'action revêt encore plus d'urgence aujourd'hui car le temps presse pour atteindre ces objectifs et, ainsi que le montre le présent rapport, les retards dans sa mise en œuvre sont particulièrement fréquents dans les pays à faible revenu et dans les couches les plus pauvres de la société. L'accélération de la mise en œuvre du Programme d'action ne contribuerait pas seulement à la réalisation des objectifs de développement internationalement convenus, mais garantirait également que tous les individus jouissent pleinement de leurs droits.

II. Élimination de l'extrême pauvreté et de la faim

A. Élimination de l'extrême pauvreté

5. L'élimination de l'extrême pauvreté est un objectif capital du développement. Pour atteindre l'objectif consistant à réduire de moitié la proportion des personnes qui vivent avec moins de 1 dollar par jour d'ici à 2015, des politiques axées directement sur les problèmes économiques et sociaux qui provoquent ou perpétuent la pauvreté sont indispensables. Néanmoins, la politique démographique peut aussi contribuer de manière décisive à l'élimination de la pauvreté car la dynamique démographique, l'évolution économique et le bien-être social sont étroitement interdépendants. Une croissance démographique rapide soumet les ressources existantes à des demandes croissantes et s'accompagne d'un effritement des revenus. C'est ainsi qu'en 2005, les pays les moins avancés avaient le plus faible niveau de revenu moyen par habitant et le taux de croissance démographique le plus rapide parmi les groupes de développement (voir tableau 2). Par comparaison, le revenu par habitant dans les autres pays en développement était quatre fois plus élevé et leur taux de croissance démographique, qui était la moitié de celui des pays les moins avancés, connaissait une baisse rapide depuis les années 70. Les pays développés en tant que groupe avaient le revenu par habitant le plus élevé et un très faible taux de croissance démographique. Étant donné que la plupart des pays les moins avancés se trouvent en Afrique, ce continent avait aussi un faible revenu par habitant en 2005 et une croissance démographique rapide.

Tableau 2

Taux annuel de croissance démographique, fécondité cumulée et PIB par habitant, par grande région, 1995 et 2005

<i>Grande région</i>	<i>Taux de croissance démographique (en %)</i>		<i>Fécondité cumulée (enfants par femme)</i>		<i>PIB par habitant (dollars É.-U., PPA)</i>	
	<i>1990-1995</i>	<i>2005-2010</i>	<i>1990-1995</i>	<i>2005-2010</i>	<i>1990</i>	<i>2005</i>
Régions développées	0,45	0,28	1,68	1,60	17 159	28 296
Régions peu développées	1,83	1,37	3,42	2,75	2 119	5 181
Pays les moins avancés	2,69	2,37	5,68	4,63	1 115	1 421
Autres pays peu développés	1,70	1,19	3,11	2,45	2 214	5 582
Afrique	2,61	2,25	5,69	4,67	1 705	2 503
Asie	1,63	1,13	2,97	2,34	3 274	6 197
Amérique latine et Caraïbes	1,71	1,24	3,03	2,37	7 485	8 333
Amérique du Nord	1,08	0,25	1,99	2,00	23 268	40 631
Europe	0,20	-0,02	1,58	1,45	14 042	21 998
Océanie	1,62	1,21	2,48	2,30	23 310	25 296

Sources : Données en ligne de l'Organisation des Nations Unies (UNdata), consultées le 21 octobre 2008, et *World Population Prospects: The 2006 Revision* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.07.XIII.2).

Abréviations : PIB = produit intérieur brut, PPA = parités du pouvoir d'achat.

6. La plupart des pays en développement, qui ont connu une croissance démographique rapide après 1950, lorsque la mortalité a diminué bien avant que la fécondité ne commence à baisser, se heurtent aujourd'hui au problème d'offrir un emploi décent à leur population en âge de travailler, qui augmente rapidement. En 2008, environ 200 millions de personnes étaient au chômage, ce qui représente une progression de 18 % par rapport au niveau de 1995³. Il était constaté dans le Programme d'action qu'un fort accroissement de la population provoqué par le décalage entre l'abaissement de la mortalité et celui de la fécondité multiplierait les problèmes auxquels doivent faire face les gouvernements pour créer des emplois productifs (par. 3.15).

7. Le fléchissement de la fécondité qui fait partie de la transition démographique peut accroître l'épargne nationale et la croissance économique en réduisant la proportion des enfants à charge et en augmentant celle des personnes en âge de travailler, produisant ainsi un « dividende démographique »⁴. Le rapport de dépendance décroissant qui apparaît lorsque la fécondité diminue a contribué à l'accroissement du revenu par habitant et de la croissance économique dans des pays aussi divers que la Chine, les États-Unis d'Amérique, l'Égypte, l'Irlande, le Japon ou la Suède⁵. Les effets à moyen terme de l'abaissement de la fécondité sur la croissance économique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement représentent environ 20 % de l'augmentation de la production par habitant entre 1960 et 1995⁶.

8. Les nouveaux pays industrialisés d'Asie de l'Est et du Sud-Est, en particulier, ont connu une baisse très rapide de la fécondité après 1965 et ont bénéficié d'une forte croissance économique⁷. Des investissements publics conséquents dans l'éducation assortis de conditions macroéconomiques stables, d'une croissance économique axée sur la création d'emplois et d'institutions favorisant l'épargne ont joué un rôle déterminant en permettant à ces pays de bénéficier de tous les avantages associés au dividende démographique. Pendant les années 80, environ un tiers de l'accroissement du revenu par habitant dans les nouveaux pays industrialisés d'Asie de l'Est et du Sud-Est pouvait être attribué au dividende démographique⁸. En revanche, la croissance économique n'a pas pleinement réalisé son potentiel dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui ont aussi connu une baisse

³ Organisation internationale du Travail, *Tendances mondiales de l'emploi* (Genève, Bureau international du Travail, 2008).

⁴ Andrew Mason et Sang-Hyop Lee, « The demographic dividend and poverty reduction » dans les *Comptes rendus du Séminaire sur la pertinence des aspects démographiques pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*, Organisation des Nations Unies, New York, 17-19 novembre 2004.

⁵ David E. Bloom and David Canning, « Global demographic change: Dimensions and economic significance », *Population and Development Review*, vol. 34 (supplément), 2008; Bo Malmberg et Thomas Lindh, « Demographically-based global income forecasts up to the year 2050 », *International Journal of Forecasting*, vol. 23, n° 4, 2007.

⁶ Allen Kelley et Robert Schmidt, « Evolution of recent economic-demographic modeling: A synthesis ». *Journal of Population Economics*, vol. 18, n° 2, juin 2005.

⁷ Andrew Mason, rédacteur en chef, *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Sized* (Stanford University Press, 2001); David E. Bloom, David Canning et Jaypee Sevilla, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change* (Santa Monica, Californie, Rand Press, 2002).

⁸ David E. Bloom et Jeffrey G. Williamson, « Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia », *World Bank Economic Review*, vol. 12, n° 3, 1998.

rapide de la fécondité⁹. Ces exemples montrent que, si une réduction de la fécondité peut en principe accélérer la croissance économique, la réalisation de ce potentiel est liée à la mise en place des institutions voulues et à l'adoption des politiques économiques et sociales appropriées, et notamment des mesures visant à renforcer le capital humain, à créer des emplois et à améliorer la distribution des revenus.

9. Une croissance économique soutenue et plus rapide donne au gouvernement une plus large marge de manœuvre pour lutter contre la pauvreté. La persistance d'une forte fécondité s'accompagne de niveaux de pauvreté élevés. En 2005, les pays en développement dans lesquels au moins 40 % de la population vivait avec moins de un dollar par jour avaient une fécondité moyenne de 5,4 enfants par femme, soit plus du double de celle des pays en développement où le niveau de pauvreté était inférieur à 10 % (voir tableau 3). Le groupe des pays les plus pauvres avait aussi un taux de croissance démographique élevé (2,5 %), soit plus du triple de celui des pays ayant un faible niveau de pauvreté (0,7 % par an). Les quatre pays les plus pauvres – le Burundi, le Libéria, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda –, qui avaient chacun un niveau de pauvreté supérieur à 75 %, avaient aussi une fécondité cumulée supérieure à six enfants par femme et un taux de croissance démographique supérieur à 2,5 %.

Tableau 3

Taux de croissance démographique et fécondité cumulée pendant les années 2000-2005 pour les pays en développement, par niveau de pauvreté en 2005

	<i>Pourcentage de personnes vivant avec moins de 1 dollar par jour autour de 2005^a</i>			
	<i>Moins de 10</i>	<i>De 10 à 19,9</i>	<i>De 20 à 39,9</i>	<i>40 ou plus</i>
Nombre de pays	44	13	23	33
Taux annuel de croissance démographique (en pourcentage)	0,7	1,3	1,9	2,5
Fécondité cumulée	2,1	3,2	3,8	5,4

Sources : The World Bank online Poverty Analysis Tool (*PovcalNet*), consulté le 14 octobre 2008; *World Population Prospects: The 2006 Revision* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.07.XIII.2).

^a La date de référence varie entre 1995 et 2007 d'un pays à l'autre. Pour 102 des 113 pays examinés, l'estimation correspond à l'année 2000 ou à une année postérieure.

10. Des analyses de l'impact de l'abaissement de la fécondité sur la réduction de la pauvreté ont montré que l'évolution démographique expliquait à elle seule 14 % de la réduction des niveaux de pauvreté dans le monde en développement entre 1960 et 2000 et pourrait entraîner une nouvelle réduction de 14 % entre 2000 et 2015 si le recul de la fécondité s'accélère dans les pays à fécondité élevée⁴.

⁹ Andrew Mason, « Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries », in *Actes de la réunion du Groupe d'experts sur les incidences sociales et économiques de l'évolution de la pyramide des âges*, Mexico, 31 août-2 septembre 2005; Casio Turra et Bernardo Queiroz, « Intergenerational transfers and socio-economic inequality in Brazil: a first look », *Notas de Población*, n° 80, octobre 2005.

11. Une forte fécondité va de pair avec la persistance de la pauvreté à l'intérieur même des pays du fait que les groupes à faible revenu ont en règle générale une fécondité beaucoup plus élevée que les groupes à revenu élevé. Des enquêtes réalisées dans 56 pays en développement ont montré que les femmes du quintile de richesse le plus bas avaient, en moyenne, deux enfants de plus que les femmes du quintile supérieur¹⁰. Cet écart est plus marqué en Afrique, où il se situe à 2,8 enfants, et plus encore en Amérique latine et dans les Caraïbes, où il s'élève à 3,8 enfants. Des écarts analogues existent là où l'éducation des femmes est le facteur discriminatoire, car il y a une étroite corrélation entre le niveau d'études et la richesse. Des données concernant 43 pays en développement pendant la fin des années 90 montrent que les femmes qui n'ont pas fréquenté l'école avaient, en moyenne, 2,3 enfants de plus que les femmes ayant reçu au moins une éducation secondaire¹¹.

12. En conséquence, l'abaissement de la fécondité parmi les ménages pauvres peut contribuer à réduire la pauvreté, à la fois directement et indirectement. Plus l'accroissement naturel de la population vivant dans la pauvreté est marqué, plus vite augmentera sa part dans la population, relevant ainsi le niveau général de pauvreté. L'accélération du rythme d'accroissement naturel de la population vivant avec moins de 1 dollar par jour exerce sur les niveaux de pauvreté une pression à la hausse qui a représenté entre 10 et 50 % du taux de réduction de la pauvreté dans le monde en développement entre 1990 et 2001¹². Cet impact est particulièrement sensible en Afrique et en Asie du Sud.

13. Une forte fécondité parmi les pauvres peut contribuer à la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre. Plus les ménages comptent d'enfants, plus limitées seront les ressources disponibles pour chacun d'eux, de même que les chances qu'auront les enfants de recevoir une éducation suffisante. En ayant moins d'enfants, les ménages pauvres seraient en mesure d'investir plus de ressources dans la nutrition, la santé et l'éducation de chacun d'eux. Lorsque les ménages pauvres ne sont pas en mesure de réaliser leurs objectifs en matière de reproduction faute d'accès à des services de planification familiale, des politiques destinées à améliorer cet accès peuvent utilement compléter d'autres politiques destinées à réduire la pauvreté.

14. En règle générale, les gouvernements des pays qui connaissent une forte croissance démographique s'inquiètent des conséquences de cette croissance¹³. C'est ainsi que parmi les 11 pays dont la population a augmenté à raison de 3 % par an ou plus au cours de la période 2005-2010, neuf d'entre eux, à savoir le Bénin, le Burundi, l'Érythrée, la Jordanie, le Libéria, le Mali, le Niger, l'Ouganda et le Timor-Leste, considéraient que leur croissance démographique était trop élevée et tous, à l'exception du Timor-Leste, avaient adopté des politiques visant à la réduire. Les deux autres, l'Afghanistan et la République démocratique du Congo, considéraient

¹⁰ Davidson R. Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff et Agbessi Amouzou, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview* (Washington, Banque mondiale, 2007).

¹¹ Shea Oscar Rutstein, *Fertility Levels, Trends and Differentials 1995-1999*. DHS Comparative Reports No. 3 (Calverton, Maryland, ORC Macro, décembre 2002).

¹² Martin Ravallion, « On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world », document de politique générale de la Banque mondiale n° 3580, Banque mondiale, avril 2005.

¹³ *World Population Policies 2007* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.08XIII.8).

leur taux de croissance satisfaisant et n'avaient pas adopté de politiques pour le modifier. Parmi les 36 pays ayant un taux de croissance annuelle compris entre 2 et 3 %, 72 % l'estimaient trop élevé et 67 % avaient adopté des politiques afin de l'abaisser. Même parmi les 66 pays où la croissance démographique était plus modérée, c'est-à-dire comprise entre 1 et 2 %, 48 % d'entre eux l'estimaient trop élevée et la plupart avaient adopté des politiques afin de la réduire. Par ailleurs, parmi les 82 pays dont le taux de croissance démographique était inférieur à 1 % par an, 32 % à peine ont signalé être intervenus afin de la relever.

B. Élimination de la faim

15. La pauvreté et la faim sont étroitement liées car, même s'il y a suffisamment d'aliments pour nourrir les 6,8 milliards d'habitants de la planète, les pauvres sont éliminés du marché alimentaire faute de moyens, d'autant plus qu'après des années de stabilité relative, les cours des principaux produits alimentaires de base ont enregistré une forte hausse entre 2006 et la première moitié de 2008¹⁴. En conséquence, on estime que le nombre de personnes sous-alimentées a augmenté de 40 millions au cours de la seule année 2008 pour atteindre 963 millions de personnes, après s'être situé à 848 millions en 2003-2005 et à 923 millions en 2007¹⁵, ce qui rend plus difficile encore de réduire de moitié le nombre des personnes qui souffrent de la faim d'ici à 2015 (premier objectif du Millénaire pour le développement). Malgré la récente baisse des prix des produits alimentaires, la crise alimentaire de 2008 a mis en évidence la vulnérabilité de nombreuses populations. Cette crise a été provoquée par une augmentation de la demande de denrées alimentaires qui n'a pas été accompagnée d'une augmentation équivalente des vivres disponibles. L'accroissement de la demande s'explique à la fois par la croissance démographique, l'augmentation des revenus et l'évolution des habitudes alimentaires dans les pays en développement, en particulier en Chine. Le ralentissement de la croissance de l'offre de denrées alimentaires a des causes multiples, au nombre desquelles figurent les hausses récentes du coût des semences et des engrais avec l'envolée des prix de l'énergie, l'insuffisance chronique des investissements dans l'infrastructure rurale et le développement agricole dans de nombreux pays en développement, les restrictions croissantes à l'accès à la terre et à l'eau, et enfin la réaffectation de terres à la production de biocombustibles¹⁶.

16. Dans le monde, la croissance démographique est un facteur déterminant de la demande de denrées alimentaires. Selon la FAO, la ration énergétique devrait augmenter pour passer d'une moyenne mondiale de 2 803 kcal par personne et par

¹⁴ Entre janvier 2006 et mars 2008, les cours mondiaux des produits alimentaires ont fait un bond de 68 %. Les prix du blé ont doublé entre avril 2007 et mars 2008, tandis que les prix du riz ont triplé entre janvier et avril 2008, ainsi que l'ont signalé Quentin Wodon et Hassan Zaman dans « Rising food prices in sub-Saharan Africa: Poverty impact and policy responses », document de politique générale de la Banque mondiale n° 4738, 2008.

¹⁵ Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde en 2008*, <http://www.fao.org/docrep/011/i0291e/i0291e00.htm>, site consulté le 20 décembre 2008; FAO, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, *Assessment of World Food Security and Nutrition Situation*, trente-quatrième session, 14-17 octobre 2008.

¹⁶ Joachim von Braun *et al.* « High food prices: The what, who, and how of proposed policy actions », note d'information de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, mai 2008, <http://www.ifpri.org/PUBS/ib/FoodPricesPolicyAction.pdf>.

jour en 1999 à 3 050 en 2030¹⁷, soit une progression de 9 % par personne. Au cours de cette période, la population mondiale devrait, selon les projections, passer de 6 milliards à 8,3 milliards, ce qui entraînera un accroissement mondial de près de 50 % de la demande de calories, dont 76 % est imputable à l'augmentation du nombre d'habitants de la planète.

17. À l'échelon national, une progression naturelle plus forte parmi les pauvres peut contribuer à relever les niveaux de la faim et de la malnutrition tout comme elle peut contribuer à accroître les niveaux de pauvreté. Du fait que les ménages à faible revenu ont tendance à avoir un taux de fécondité plus élevé que les ménages ayant plus de revenus, ils doivent généralement consacrer une plus forte proportion de leur revenu à la nourriture et sont particulièrement vulnérables à la hausse des prix des denrées alimentaires ou de leurs coûts de production. C'est ainsi que le relèvement des prix des denrées alimentaires a eu des conséquences plus graves pour les pays en développement dont la population augmente rapidement et où le taux de pauvreté était élevé avant la crise. Entre 2005 et 2007, l'augmentation des prix des denrées alimentaires a aggravé les niveaux de pauvreté d'environ 4,5 points de pourcentage dans les pays à faible revenu, ce qui donne à penser que 105 millions de personnes supplémentaires sont tombées dans la pauvreté¹⁸.

18. La hausse des prix des produits alimentaires a eu pour effet d'accroître entre 2003-2005 et 2007 le nombre des personnes sous-alimentées de 41 millions en Asie et de 24 millions en Afrique subsaharienne, les deux régions qui, en 2003-2005, comptaient 89 % (750 millions) des personnes souffrant de la faim dans le monde¹⁹. L'aggravation de la malnutrition, bien que moins importante, a touché toutes les autres régions en développement et, en Amérique latine, elle a réduit à néant tous les progrès enregistrés depuis 1995. De toute évidence, les politiques destinées à lutter contre les effets des chocs de la hausse des prix alimentaires devraient viser en priorité à protéger dans l'immédiat les ménages et les individus les plus vulnérables, notamment les femmes et les enfants, afin d'atteindre le premier objectif du Millénaire pour le développement. Les mesures à long terme doivent toutefois tenir compte de la manière dont les politiques démographiques peuvent s'intégrer dans une action coordonnée destinée à promouvoir des moyens d'existence durables et à consolider les perspectives de développement pour tous en aidant les ménages à éviter de tomber dans le piège de la pauvreté.

III. L'éducation pour tous

19. Ouvrir à tous l'enseignement primaire d'ici à 2015 et élargir à tous, garçons et filles, l'enseignement secondaire et supérieur sont des objectifs qui sont énoncés dans le Programme d'action (par. 11.6, 11.8 et 4.18), et qui ont été repris dans les objectifs du Millénaire pour le développement. D'énormes progrès ont été enregistrés dans l'instauration de l'enseignement primaire universel (objectif 2 du Millénaire pour le développement). En 2006, le taux de scolarisation dans le primaire a atteint 88 % dans les pays en développement. Des inégalités dans l'accès

¹⁷ *Agriculture mondiale : horizon 2015/2030. Rapport abrégé* (Rome, FAO, 2002).

¹⁸ Maros Ivanic et Will Martin « Implications of higher global food prices for poverty in low-income countries », document de politique générale de la Banque mondiale n° 4594, 2008.

¹⁹ FAO, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Assessment of the World Food Security and Nutrition Situation, trente-quatrième session, 14-17 octobre 2008.

à l'éducation, liées en partie à la taille des familles, continuent néanmoins de compliquer la réalisation de cet objectif. Aussi bien au niveau des ménages qu'au niveau des pays, les investissements que nécessite l'éducation des enfants risquent plus d'être insuffisants quand les enfants sont nombreux. La persistance d'une forte fécondité se traduit par un nombre d'enfants d'âge scolaire en augmentation rapide, c'est-à-dire par des pressions croissantes sur le système d'éducation et les familles.

20. Les pays qui ont les plus mauvais indicateurs d'éducation sont souvent ceux qui ont une forte proportion d'enfants et un taux élevé de croissance démographique. C'est ainsi que dans les 29 pays ayant un taux net de scolarisation dans le primaire inférieur à 80 %, les enfants âgés de moins de 15 ans représentaient 42 % de la population en 2005 et le taux de croissance démographique se situait en moyenne à 2,3 % par an (voir tableau 4). De la même manière, dans les 19 pays où plus de 20 % des personnes âgées de 15 à 24 ans étaient analphabètes en 2006, les enfants représentaient 42 % de la population et le taux de croissance démographique était en moyenne de 2,4 %. En revanche, les 47 pays où le taux net de scolarisation dans le primaire dépassait 95 % et les 74 pays où le pourcentage de jeunes analphabètes était faible (moins de 5 %) avaient une plus faible proportion d'enfants (25 % de la population) et le taux de croissance démographique y était en moyenne inférieur à 1 % par an, ce qui démontre une nouvelle fois qu'une faible croissance démographique facilite l'investissement dans l'éducation.

Tableau 4

**Taux de croissance démographique entre 2000 et 2005
et pourcentage de la population âgée de moins de 15 ans en 2005,
selon certains indicateurs d'éducation**

	Pourcentage de jeunes sachant lire et écrire			Taux net de scolarisation dans le primaire (en pourcentage)		
	Moins de 80	Entre 80 et 95	Plus de 95	Moins de 80	Entre 80 et 95	Plus de 95
Nombre de pays	19	23	74	29	63	47
Taux annuel de croissance démographique (en pourcentage)	2,4	1,9	0,9	2,3	1,0	0,8
Pourcentage de la population âgée de moins de 15 ans	41,5	38,5	25,9	41,5	27,7	23,6

Sources : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Institut de statistique, Centre de données en ligne (<http://stats.uis.unesco.org>), consulté le 7 octobre 2008; *World Population Prospects: The 2006 Revision* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.07.XIII.2).

21. Il ressort du système de transmission d'une génération à l'autre que les pays à faible fécondité dépensent sensiblement plus pour la santé et l'éducation de leurs enfants que les pays à forte fécondité (voir fig. I). En moyenne, les pays où la fécondité cumulée est de 3,0 enfants par femme dépensent environ un tiers par enfant, par rapport au revenu du travail, de ce que dépensent les pays où la fécondité cumulée est de 1,0 enfant par femme²⁰. Des études réalisées à l'échelon des

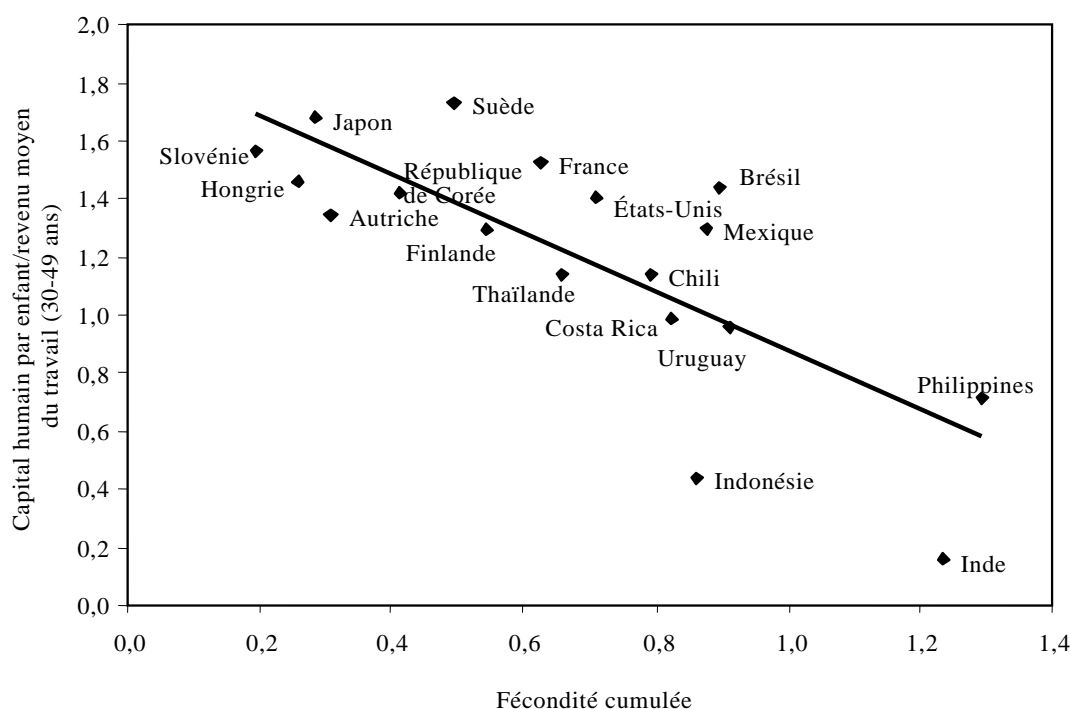
²⁰ Ronald Lee et Andrew Mason, « Fertility, human capital and economic growth over the demographic transition », National Transfer Accounts Working Paper WP08-02, 2008.

ménages montrent qu'en moyenne, les enfants appartenant à des familles nombreuses ont moins de chances d'être scolarisés que les enfants de familles moins nombreuses, en particulier dans les pays où l'éducation est essentiellement à la charge des parents²¹.

22. Le degré d'éducation des femmes est un déterminant décisif dans le comportement procréateur : les femmes ayant fait des études supérieures ont plus souvent recours à la contraception et ont moins d'enfants que les femmes ayant fait de moins longues études. La persistance d'une forte fécondité parmi les femmes pauvres engendre un cercle vicieux dans lequel leurs enfants, les filles en particulier, ont moins de chances d'être scolarisés et risquent eux aussi d'avoir beaucoup d'enfants. Le Programme d'action plaide fermement en faveur de l'éducation pour tous afin que le renforcement de l'éducation et la réduction du nombre d'enfants que comptent les familles, dont les effets se renforcent mutuellement, puissent favoriser le développement (chap. XI).

Figure I

Dépenses consacrées à l'éducation, par enfant, par rapport à la fécondité cumulée, dans certains pays



²¹ Cynthia Lloyd, « Investing in the next generation: the implications of high fertility at the level of the family », *Population and Development: Old Debates and New Conclusions* (New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2004), p. 181 à 202; Claudia Buchmann et Emily Hannum, « Education and stratification in developing countries: A review of theories and research », *Annual Review of Sociology*, vol. 27, 2001, p. 77 à 102.

IV. La population et les objectifs liés à la santé

23. La santé d'une population est un facteur déterminant de la croissance économique. Il ressort d'études empiriques²² que l'amélioration de la santé exerce un net effet de relance sur la croissance économique dans les pays en développement, ce qui montre que la santé, comme l'éducation, est une composante essentielle du capital humain. Une meilleure santé entraîne une amélioration des revenus et inversement, produisant un effet bénéfique en retour en vertu duquel l'amélioration de la santé et le relèvement des revenus se renforcent mutuellement. Le Programme d'action prend acte de cette réalité en fixant des objectifs ambitieux pour l'amélioration de la santé. Soulignant l'importance de l'accroissement de la longévité réalisé depuis 1950, le Programme invite à améliorer encore les chances de vivre plus longtemps en bonne santé et de réduire les disparités d'espérance de vie d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays [par. 8.3b)] et fixe comme objectif de porter l'espérance de vie à au moins 75 ans d'ici à 2015 ou à au moins 70 ans dans les pays qui avaient un taux de mortalité élevé en 1994 (par. 8.5).

A. Réduction de la mortalité infantile

24. Le Programme d'action invite à réduire la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans à moins de 45 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2015 (par. 8.16), objectif plus ambitieux que la cible prévue dans le cadre de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement (réduction des deux tiers entre 1990 et 2015). Bien que la mortalité infantile ait diminué dans les pays en développement, où elle a été ramenée de 103 à 74 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2007, le rythme de ce repli devrait être plus que quintuplé pour atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement d'ici à 2015 (voir tableau 5). En Afrique subsaharienne, l'abaissement de la mortalité des enfants de moins de 5 ans est intervenu lentement, ce qui signifie que son rythme devrait être multiplié par huit pour que l'objectif fixé puisse être atteint.

Tableau 5

Mortalité des enfants de moins de 5 ans par groupe de développement et en Afrique subsaharienne, 1990, 2007 et 2015

Groupe de développement	Mortalité des moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances)			Taux annuel de réduction (en pourcentage)	
	1990	2007	2015	Constaté 1990-2007	Nécessaire 2008-2015
Monde	93	68	31	1,8	9,8
Pays en développement	103	74	34	1,9	9,6
Pays les moins avancés	179	130	60	1,9	9,7
Afrique subsaharienne	186	148	62	1,3	10,9

Source : *Situation des enfants dans le monde 2009* (New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2008).

Note : L'Afrique subsaharienne ne comprend pas le Soudan.

²² Guillem López-Casasnovas *et al.*, *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications* (Boston, Massachusetts, MIT Press, 2005); David E. Bloom et David Canning, « The health and wealth of nations », *Science*, vol. 287, n° 5456, 18 février 2000.

25. Afin de réduire la mortalité infantile, le Programme d'action invite à renforcer les systèmes de santé primaires en vue de fournir des soins prénatals et néonataux ainsi que des soins obstétricaux, une supplémentation en oligo-éléments et des services de vaccination contre le tétanos. Il souligne l'importance de la lutte contre les grandes maladies infantiles, en particulier les maladies infectieuses et parasitaires, et de la prévention de la malnutrition chez les enfants, en particulier chez les filles. Les principales mesures²³ pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action soulignent la nécessité de généraliser les vaccinations et l'importance d'avoir recours à une thérapeutique de réhydratation orale dans le traitement de la diarrhée.

26. Une analyse des interventions sanitaires effectuées dans 68 pays où se produisent 97 % de tous les décès d'enfants a mis en lumière d'énormes progrès dans la couverture des interventions programmées, par exemple les vaccinations, la supplémentation en vitamines A et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides²⁴. Des progrès plus modestes ont été observés dans le renforcement des systèmes sanitaires et, en conséquence, les interventions qui nécessitent des services cliniques fonctionnant de manière satisfaisante, y compris le traitement des maladies des nouveau-nés et des enfants plus âgés, sont encore loin de répondre à la demande. Par ailleurs, la lutte contre la malnutrition demeure un problème majeur : dans 62 des 68 pays considérés, au moins un cinquième de tous les enfants âgés de moins de 5 ans souffrent de rachitisme, c'est-à-dire qu'ils ont une taille insuffisante pour leur âge en raison d'une sous-alimentation chronique.

27. Un accès insuffisant à la planification familiale est un obstacle supplémentaire à l'amélioration de la survie des enfants. Des naissances et des grossesses très rapprochées chez les adolescentes et les femmes plus âgées augmentent les risques mortels qui pèsent sur les enfants. Si l'on définit les enfants à risque élevé comme ceux dont la mère a moins de 18 ans ou plus de 34 ans, ceux qui naissent moins de 24 mois après une autre naissance et ceux qui arrivent au quatrième rang ou plus bas encore dans l'ordre des naissances, la proportion des enfants à haut risque est très étroitement liée au niveau de mortalité des moins de 5 ans, ainsi qu'il ressort des données extraites de 172 enquêtes démographiques et de santé qui ont été réalisées entre 1985 et 2007 (voir fig. II). Sans prendre en considération d'autres variables, la proportion des naissances dans les catégories à haut risque représente 41 % des variations de la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'un pays à l'autre. Dans la mesure où les femmes ont des enfants tôt ou tard dans leur vie féconde ou à intervalles trop rapprochés faute d'avoir accès à la planification familiale, l'amélioration de cet accès réduirait le risque de mort pendant l'enfance.

28. L'intervalle entre les grossesses est la durée qui sépare une naissance vivante ou l'issue d'une grossesse et le début de la grossesse suivante. Des intervalles de plus de deux ans entre les grossesses réduisent la mortalité infantile. L'analyse du taux de survie de plus d'un million de naissances vivantes dans les enquêtes démographiques et de santé réalisées entre 2000 et 2005 a montré que des intervalles entre les grossesses compris entre 36 et 47 mois allaient de pair avec le

²³ Voir l'annexe de la résolution S-21/2 de l'Assemblée générale.

²⁴ Countdown Coverage Writing Group, « Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions », *The Lancet*, vol. 371 (2008).

plus faible risque de mort pendant l'enfance²⁵. Si les femmes attendaient au moins 24 mois après une naissance vivante avant de concevoir à nouveau, la mortalité des enfants de moins de 5 ans diminuerait de 13 %, et elle diminuerait de 25 % si ce délai était porté à 36 mois. En conséquence, l'OMS a publié de nouvelles directives pour recommander aux femmes d'attendre au moins 24 mois après une naissance vivante avant de concevoir à nouveau²⁶.

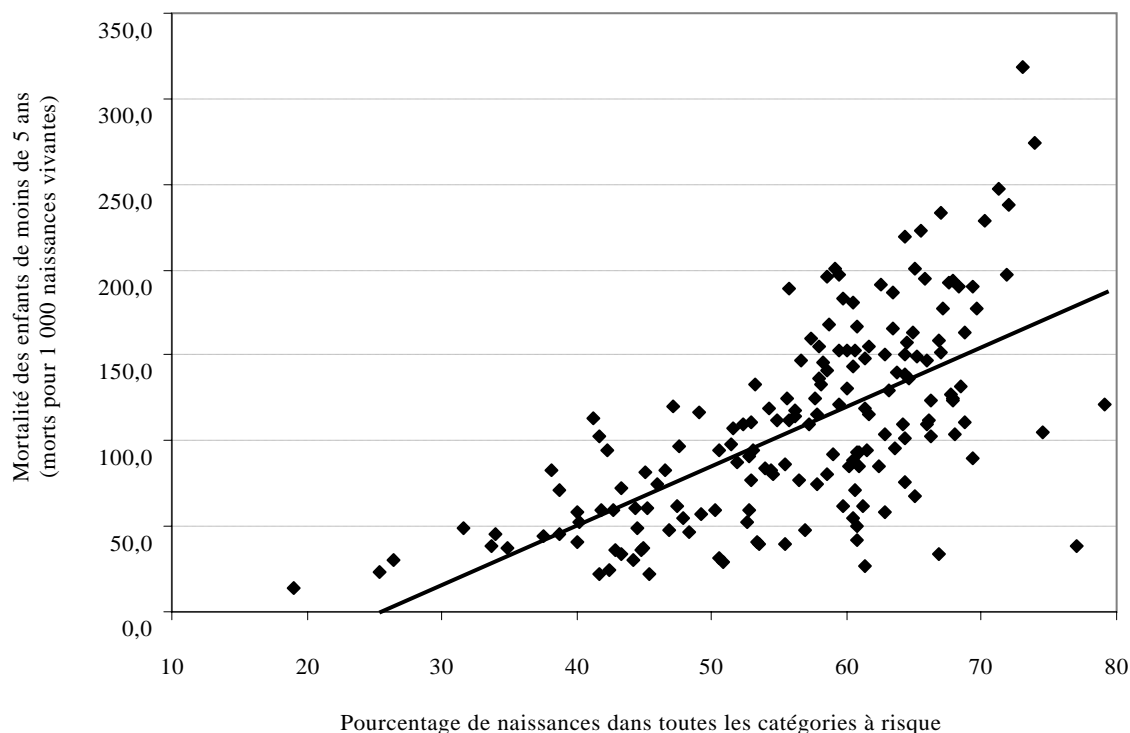
29. Les gouvernements des pays en développement sont particulièrement préoccupés par la forte mortalité des nouveau-nés et des enfants : plus de 80 % d'entre eux estiment ces niveaux inacceptables. Les pays où le nombre des naissances est élevé et continue d'augmenter rencontrent plus de difficultés à améliorer la santé infantile. Les efforts visant à combler l'insuffisance de la planification familiale peuvent sensiblement réduire le coût des services de santé pour les enfants. Au Ghana, par exemple, la mise en place de services de planification familiale pourrait réduire de 1,4 million le nombre des vaccinations contre la rougeole qui seraient nécessaires entre 2006 et 2015²⁷. Afin d'accélérer la réduction de la mortalité infantile, en particulier dans les pays à faible revenu et à haute fécondité, un accès élargi à la planification familiale accompagné d'un renforcement des efforts visant à multiplier les interventions destinées à améliorer la santé infantile est indispensable pour garantir que l'objectif 4 du Millénaire pour le développement pourra être atteint.

²⁵ Shea Oscar Rutstein, « Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys », *DHS Working Papers*, n° 41 (Calverton, Maryland, Macro International Inc., 2008).

²⁶ Organisation mondiale de la Santé, *Report of a WHO technical consultation on birth spacing* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006).

²⁷ Scott Moreland et Sandra Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: The contribution of fulfilling the unmet need for family planning*. (Washington, Agency for International Development des États-Unis, 2006).

Figure II
Mortalité des moins de 5 ans comparée au pourcentage de naissances
dans les catégories à risque, 1985-2007



Source : MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, site consulté le 14 octobre 2008.

B. Lutte contre le paludisme

30. Le paludisme provoque chaque année 250 millions d'accès de maladie et 900 000 morts. Des efforts sont en cours pour assurer la couverture universelle des interventions appropriées d'ici à 2010, y compris la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée, dont le nombre est estimé à 720 millions²⁸, la pulvérisation intermittente d'insecticide à effet rémanent pour la lutte antivectorielle et le traitement préventif intermittent des femmes enceintes dans les zones où le taux de transmission est élevé afin de réduire l'incidence de l'anémie liée au paludisme chez ces femmes et l'insuffisance pondérale qui en résulte pour leurs enfants. Bien que la distribution de moustiquaires se soit rapidement développée, des enquêtes menées autour de 2006 dans 18 pays africains montrent que seulement 23 % des enfants et 27 % des femmes enceintes dorment sous des moustiquaires²⁹.

²⁸ *The Global Malaria Action Plan* (Genève, Partenariat visant à faire reculer le paludisme, 2008).

²⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur le paludisme de 2008* (Genève, numéro de vente : WHO/HTM/GMP/2008.1).

31. Actuellement, 18 % seulement des femmes dans les zones où le taux de transmission est élevé reçoivent un traitement préventif intermittent. Pour parvenir à une couverture universelle, 25 millions de femmes enceintes en Afrique nécessiteraient un traitement annuel. Les mesures destinées à prévenir ou à soigner le paludisme en cours de grossesse donnent les meilleurs résultats lorsqu'il existe une étroite coordination entre les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et les programmes de santé en matière de procréation et lorsque le traitement contre le paludisme fait partie d'un ensemble complet de soins prénatals. Étant donné que, dans plusieurs pays d'Afrique, le nombre de femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals est beaucoup plus élevé que celui des femmes qui reçoivent un traitement intermittent, les visites à des centres de soins prénatals peuvent servir à élargir le champ d'application des soins antipaludiques et à distribuer des moustiquaires. En fin de compte, l'intensification des efforts de lutte et de prévention contre le paludisme nécessite un élargissement et une amélioration des systèmes de santé afin de soutenir d'autres interventions.

32. Ralentir la croissance démographique en améliorant l'accès à la planification familiale peut réduire le coût de la lutte contre le paludisme. Si moins de femmes tombent enceintes, le coût de leur traitement préventif intermittent dans les zones où le paludisme est endémique diminuera. Les dépenses liées à la fourniture et à l'entretien de moustiquaires dans 16 pays d'Afrique pourraient être réduites dans une proportion de 4 à 19 % entre 2005 et 2015 si on parvenait à répondre à la demande non satisfaite en matière de planification familiale²⁷.

C. Lutte contre l'épidémie de VIH/sida

33. Le Programme d'action a été l'un des premiers documents internationalement convenus invitant à entreprendre des efforts concertés afin de prévenir la propagation de l'épidémie de VIH/sida et d'assister les personnes touchées par la maladie [par. 8.29 b)]. Malgré les progrès considérables réalisés dans la recherche de traitements efficaces contre la maladie, l'épidémie demeure l'un des plus grands défis auxquels se trouve confrontée la communauté internationale. C'est ainsi que les gouvernements de 81 % des pays développés et de 93 % des pays en développement estiment que le VIH/sida est un problème majeur. Une stratégie multiforme est actuellement menée pour lutter contre l'épidémie, l'accent étant placé sur la prévention, les soins et le traitement. La protection contre la discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, la création d'organismes de coordination en matière de VIH/sida à l'échelon national, l'élaboration de stratégies multisectorielles et la mise en place de partenariats avec la société civile, en y associant des personnes vivant avec le VIH, font partie des éléments clefs de cette stratégie.

34. En 2008, 33 millions de personnes vivaient avec le VIH, mais les tendances estimatives laissent apparaître des progrès encourageants. À l'échelle du monde entier, le pourcentage d'adultes vivant avec le VIH s'est stabilisé à partir de l'an 2000 et le nombre des nouveaux cas a diminué dans plusieurs pays. Dans 14 des 17 pays d'Afrique disposant de données d'enquête adéquates, le pourcentage des femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH est en régression depuis 2000-2001 et, dans sept pays, le recul des infections parmi les femmes âgées

de 15 à 24 ans a atteint ou dépassé la réduction de 25 % demandée dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida³⁰.

35. Les principales mesures pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action²³ soulignaient au paragraphe 68 les synergies possibles entre la prévention du VIH et la santé en matière de procréation en invitant les gouvernements à « veiller à ce que la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida fassent partie intégrante des programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction au niveau des soins de santé primaires ». Dans les pays en développement, la plupart des femmes ont leur premier contact avec le système de santé lorsqu'elles cherchent à accéder à des services de soins prénatals ou de planification familiale. Ce contact constitue une excellente occasion d'informer et de conseiller les femmes sur la manière de prévenir l'infection au VIH. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant étant une priorité, les soins prénatals devraient comprendre des services de dépistage volontaire et de conseil afin de déterminer quelles sont les femmes qui ont besoin d'un traitement ainsi que les moyens d'orienter les femmes séropositives et les membres de leur famille vers des services de soins, de traitement et d'appui. Bien que des progrès sensibles aient été réalisés pour élargir le traitement des femmes enceintes séropositives afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 33 % seulement de ces femmes bénéficiaient en 2007 du traitement antirétroviral nécessaire. Dans une étude portant sur 51 pays touchés par l'épidémie, 8 d'entre eux seulement – Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Brésil, Burkina Faso, Kenya, Rwanda et Swaziland – étaient considérés comme bonne voie pour traiter 80 % des femmes enceintes séropositives d'ici à 2010²⁴, ainsi que l'avait demandé la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH sida, en 2001.

36. Dans la mesure où les femmes exposées à des grossesses non désirées sont très souvent celles qui sont également exposées au VIH, les programmes de planification familiale peuvent contribuer à réduire le risque d'infection. Par ailleurs, lorsque les femmes sont déjà séropositives, la planification familiale peut leur permettre d'éviter des grossesses non désirées. Une analyse de l'impact de la planification familiale sur la prévention des grossesses non désirées parmi les femmes séropositives a conclu que c'est là un moyen plus économique de réduire l'incidence du VIH parmi les enfants que le traitement antirétroviral des femmes enceintes séropositives³¹.

37. L'expansion du traitement antirétroviral a été rapide et pourtant, en 2007, seulement 3 millions des 9,7 millions de personnes qui avaient besoin d'un traitement dans les pays en développement en bénéficiaient. En outre, il reste beaucoup à faire pour prévenir la propagation du VIH. Dans les pays qui ont procédé aux enquêtes nécessaires, tout au plus 40 % des hommes et 36 % des femmes âgées de 15 à 24 ans comprenaient comment le VIH était transmis et comment prévenir l'infection, proportions nettement inférieures à l'objectif de 95 %. Par ailleurs, les groupes particulièrement vulnérables à l'infection au VIH continuent de ne pas avoir un accès suffisant à des services de prévention.

³⁰ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida de 2008* (Genève, 2008).

³¹ Heidi W. Reynolds *et al.*, « The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 33, n° 6, 2006.

D. Réduction de la mortalité maternelle

38. Dans le Programme d'action, les pays étaient invités à réduire de moitié la mortalité maternelle entre 1990 et 2000 et à nouveau de moitié avant 2015 (par. 8.21), ce qui représente une réduction globale de 75 % entre 1990 et 2015, conformément à l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. Une stratégie menée sur plusieurs fronts est nécessaire pour atteindre cet objectif. Pour les femmes, les chances de survivre à la période de procréation se trouvent augmentées par une réduction du nombre de grossesses. Des mesures devraient être prises afin de diminuer les risques de complications pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement et d'améliorer l'accès à des soins obstétricaux adéquats afin que, lorsque des complications se produisent, le risque de mourir en couches se trouve minimisé. Par ailleurs, il faudrait aussi fournir aux femmes des soins spécialisés pour surmonter les complications liées à l'avortement et leur offrir après un avortement des conseils, des cours et des services de planification familiale afin d'éviter des avortements répétés. Enfin, des mariages plus tardifs et la prévention de la grossesse chez les femmes très jeunes réduisent les risques de mortalité maternelle, comme le font les stratégies destinées à prévenir leur exposition aux risques d'infection au VIH.

39. On manque de données fiables pour évaluer le niveau et les tendances de la mortalité maternelle, en particulier dans les pays en développement, où cette mortalité est élevée. On estime que 536 000 femmes sont mortes en 2005 pour des raisons liées à la maternité, dont 99 % dans les pays en développement³². Dans 14 pays, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, la mortalité maternelle dépassait 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes. Alors que la moyenne de la mortalité maternelle dans les régions peu développées était estimée à 450 décès pour 100 000 naissances en 2005, elle était de 11 dans les régions développées (tableau 6). L'Afrique avait la plus forte mortalité maternelle, soit 820 décès pour 100 000 naissances.

Tableau 6
La mortalité maternelle par grande région, 1990 et 2005

Grande région	Mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)		Taux annuel moyen de réduction	
	1990	2005	Constaté 1990-2005	Nécessaire 2005-2015
Monde entier	430	400	0,5	13,1
Régions développées	17	11	2,9	9,5
Région peu développées	480	450	0,4	13,2
Pays les moins avancés	900	870	0,2	13,5
Autres pays peu développés	380	310	1,4	11,8
Afrique	830	820	0,1	13,7
Amérique du Nord	8	10	-1,5	16,1

³² La mortalité maternelle en 2005 : OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007).

Grande région	Mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)		Taux annuel moyen de réduction	
	1990	2005	Constaté 1990-2005	Nécessaire 2005-2015
Amérique latine et Caraïbes	180	130	2,2	10,6
Asie	400	320	1,5	11,6
Europe	23	13	3,8	8,2
Océanie	210	180	1,0	12,3

Source : *La mortalité maternelle en 2005* (Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007).

Note : Les estimations pour 1990 et 2005 utilisent la même méthodologie. Les taux de réduction ont été calculés à partir de ces estimations.

40. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement n'a que peu progressé. Entre 1990 et 2005, la mortalité maternelle dans les régions peu développées a diminué de 0,4 % par an, ce qui est très inférieur à la réduction annuelle de 13 % nécessaire pour atteindre l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. En Afrique, la mortalité maternelle est restée quasiment inchangée. Même en Amérique latine et dans les Caraïbes, où la mortalité maternelle a reculé de 2,2 % par an, ce taux est nettement inférieur à celui de 10,6 % nécessaire pour atteindre l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. L'une des raisons principales de la lenteur de ces réductions est à trouver dans le fait que la prévention de la mortalité maternelle nécessite des systèmes de santé fonctionnant de manière satisfaisante, capables de fournir des soins pendant la période prénatale, au moment de l'accouchement et pendant la période postnatale, et de garantir l'accès à des interventions obstétriques d'urgence lorsque des complications interviennent. En attendant l'amélioration des systèmes de santé, la possibilité d'accéder plus facilement à des accoucheuses qualifiées représente une première étape capitale dans la prévention de la mortalité maternelle³³.

41. Du fait que le risque de mortalité maternelle est lié au nombre de grossesses, l'accès à la planification familiale qui permet aux femmes d'éviter des grossesses inopportunes ou non désirées peut réduire la mortalité maternelle³⁴. C'est ainsi qu'entre 25 et 40 % des décès parmi les mères pourraient être éliminés grâce à la prévention des grossesses non planifiées et non désirées³⁵. Près de 52 millions de grossesses non voulues pourraient être évitées chaque année s'il était remédié à la demande non satisfaite en matière de planification familiale, ce qui permettrait d'éviter la mort de 142 000 mères³⁶. En outre, en évitant les grossesses non voulues grâce à la contraception, moins de femmes auraient recours à l'avortement dans de mauvaises conditions. Les avortements non médicalisés sont chaque année à

³³ Jon Rohde *et al.*, « 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? », *The Lancet*, vol. 372, 2008.

³⁴ Stan Bernstein et Charlotte Juul Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2006).

³⁵ Oona M. R. Campbell et Wendy J. Graham, « Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works », *The Lancet*, vol. 368, 2006.

³⁶ Michael Vlassoff *et al.*, « Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions », *Occasional Report N° 11*, Alan Guttmacher Institute, 2004.

l'origine d'environ 13 % de la mortalité maternelle et presque tous ces décès pourraient être évités³⁷.

42. Avec moins de grossesses, le coût des services permettant d'assurer une maternité sans risques serait moindre. Dans 16 pays d'Afrique, le succès de la prévention des grossesses non planifiées ou non voulues pourrait produire des économies représentant entre 4 et 21% des dépenses cumulées de la réalisation d'un programme en faveur d'une maternité sans risques entre 2005 et 2015²⁷. En outre, les économies réalisées en matière de soins maternels seraient généralement supérieures au coût de l'expansion des programmes de planification familiale.

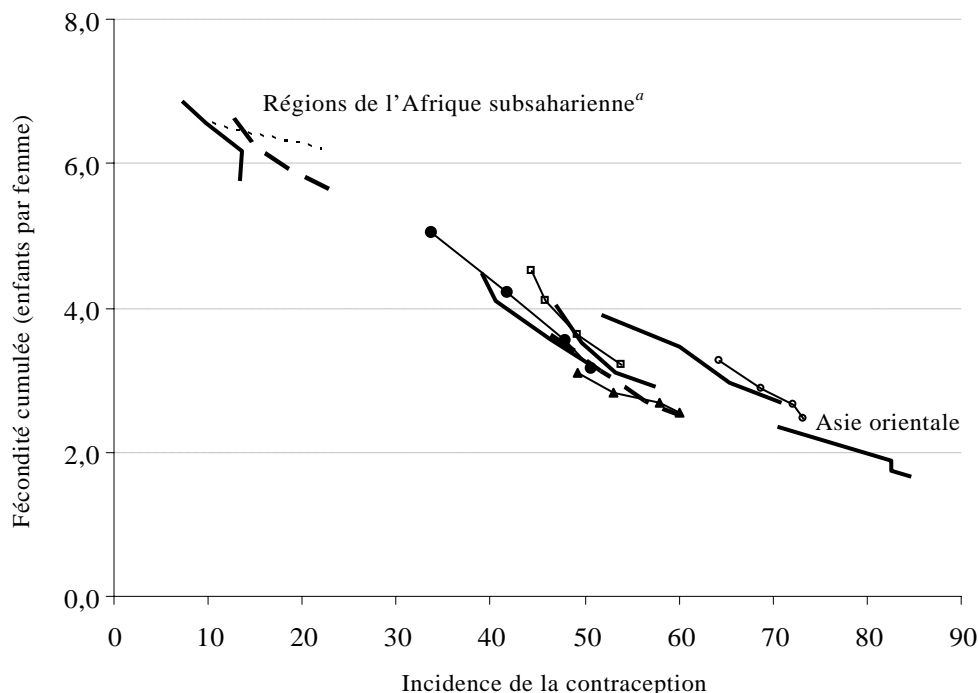
E. La santé en matière de procréation

43. Lors du Sommet mondial de 2005, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à garantir un accès universel à la santé en matière de reproduction d'ici à 2015, conscients que cela contribuerait à réduire la mortalité maternelle, à améliorer la santé maternelle, à réduire la mortalité infantile, à promouvoir l'égalité entre les sexes, à lutter contre le VIH/sida et à éliminer la pauvreté. Le Programme d'action définit la santé en matière de reproduction comme un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. La santé en matière de reproduction suppose donc qu'une personne est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser des méthodes de planification familiale qui soient sûres, efficaces, abordables et acceptables (par. 7.2).

44. À l'échelle du monde entier, le pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en concubinage, qui utilisent la contraception est passé de 56 % en 1993 à 63 % en 2003, ce qui signifie que 716 millions de femmes avaient recours à la contraception en 2003. L'incidence de la contraception était élevée dans presque toutes les grandes régions : 73 % en Amérique du Nord, 71 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, 68 % en Asie et en Europe et 60 % en Afrique du Nord (non compris le Soudan). Ce pourcentage est toutefois très faible en Afrique subsaharienne (22 %) et dans les régions en développement de l'Océanie (27 %). L'Afrique subsaharienne, en particulier, n'a pas réussi à atteindre le niveau de contraception projeté en 1994 (31 %), qui avait inspiré les recommandations du Programme d'action en matière de financement. Par ailleurs, dans 60 % des 47 pays de l'Afrique subsaharienne qui disposent des données nécessaires, l'incidence de la contraception demeure inférieure à 25 %. Cette incidence est particulièrement faible en Afrique de l'Est, en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, où la fécondité est encore nettement supérieure à 5 enfants par femme (voir fig. III). En vérité, l'incidence de la contraception est étroitement liée à la fécondité cumulée et la plupart des pays où l'incidence de la contraception est en augmentation ont enregistré une réduction de la fécondité.

³⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Unsafe abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003* (Genève, OMS, 2007).

Figure III
Fécondité cumulée comparée à l'incidence de la contraception
dans les régions en développement, 1985-2005



Source : *World Contraceptive Use 2007* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.08.XIII.6).

^a Afrique orientale, Afrique centrale et Afrique occidentale, uniquement.

45. À l'échelle du monde entier, les méthodes de contraception modernes³⁸ représentent l'essentiel des méthodes utilisées. En 2003, 56 % des femmes âgées de 15 à 49 ans qui étaient mariées ou vivaient en concubinage utilisaient des méthodes de contraception modernes, contre 50 % en 1993. L'utilisation de ces méthodes modernes dépassait 50 % dans la plupart des pays des Amériques, en Asie et en Europe (voir fig. IV), mais elle était seulement de 15 % en Afrique subsaharienne et de 21 % dans les régions en développement d'Océanie. L'utilisation des méthodes de contraception traditionnelles³⁹, qui sont généralement moins efficaces pour éviter la grossesse, est relativement élevée en Europe orientale, en Afrique centrale et en Afrique occidentale. Dans la mesure où la forte incidence des méthodes traditionnelles s'explique par des difficultés d'accès à des méthodes modernes, cela montre que des efforts doivent encore être faits afin d'améliorer l'accessibilité physique et financière des méthodes modernes afin de garantir le caractère universel de la santé de la reproduction.

³⁸ Les méthodes de contraception modernes comprennent la stérilisation (femmes ou hommes), les pilules à base d'hormones, les contraceptifs injectables et les implants, les dispositifs intra-utérins (DIU), les préservatifs et les méthodes vaginales.

³⁹ Parmi les méthodes traditionnelles figurent la méthode Ogino, le retrait, l'allaitement au sein, la douche thérapeutique et divers remèdes de bonne femme.

Figure IV
Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en concubinage, qui utilisent une méthode de contraception moderne, 2005



Source : *World Contraceptive Use 2007* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.08.XIII.6).

46. Malgré la forte prévalence de la contraception enregistrée jusqu'ici, on estime qu'il y a encore 106 millions de femmes mariées dans les pays en développement dont la demande de planification familiale n'est pas satisfaite⁴⁰, dont 66 millions en Asie, 30 millions en Afrique et 10 millions en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'Inde à elle seule compte 27 millions de femmes mariées dont la demande de contraception n'est pas satisfaite. Parmi les autres pays où les besoins de nombreuses femmes en matière de contraception ne sont pas satisfaits figurent le Pakistan, avec plus de 8 millions, et le Bangladesh, l'Éthiopie, l'Indonésie et le Nigéria, avec chacun plus de 3 millions. En termes relatifs, ces besoins non satisfaits sont les plus élevés en Afrique subsaharienne (voir tableau 7) et dans les pays les moins avancés. Dans près d'un quart des pays d'Afrique qui disposent de données, le taux des besoins non satisfaits dépasse 30 % et se situe entre 20 et 30 % dans environ la moitié d'entre eux. En Asie, en Europe et en Amérique latine et dans les Caraïbes en revanche, ce taux est inférieur à 20 % dans la plupart des pays qui disposent des données nécessaires. Les exceptions sont principalement les pays les moins avancés dans ces grandes régions, notamment le Cambodge, Haïti, le Népal, la République

⁴⁰ Les femmes dont la demande n'a pas été satisfaite sont celles qui sont fécondes et sexuellement actives, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception et déclarent ne plus vouloir d'enfants ou souhaitent retarder leur prochaine grossesse. Cette mesure de la demande non satisfaite est un solide indicateur de la demande supplémentaire de contraception car il traduit la dichotomie entre les intentions en matière de reproduction et le comportement à l'égard de la contraception.

démocratique populaire lao et le Yémen, pays qui ont tous un niveau de besoins non satisfaits supérieur à 25 %, et aussi l'Azerbaïdjan, le Belize, la Bolivie, la Bulgarie, le Guatemala et le Pakistan, où ce niveau varie entre 20 et 30 %.

Tableau 7

Tendances des besoins de planification familiale non satisfaits dans les régions en développement, 1995 et 2005

	<i>Besoins non satisfaits (en pourcentage)</i>		<i>Réduction annuelle (en points de pourcentage)</i>
	<i>1995</i>	<i>2005</i>	
Afrique du Nord	16,3	10,4	0,59
Afrique subsaharienne	25,7	24,1	0,16
Asie du Sud-Est	12,8	11,1	0,17
Asie du Sud	19,1	14,8	0,43
Asie de l'Ouest	16,4	12,2	0,42
Amérique latine et Caraïbes	12,4	10,5	0,19

Source : Rapport 2008 sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, Organisation des Nations Unies, 2008).

Note : Ces régions correspondent à celles utilisées pour rendre compte de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

47. Depuis les années 90, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ont dans l'ensemble diminué, en partie grâce aux efforts concertés réalisés par les gouvernements et la communauté internationale pour généraliser l'accès aux méthodes de contraception modernes. Une réduction sensible de ces besoins a été obtenue par l'Afrique du Nord, l'Asie du Sud-Est et l'Asie de l'Ouest (voir tableau 7). Les réductions annuelles ont été en moyenne plus faibles en Asie du Sud-Est et en Amérique latine et dans les Caraïbes, en partie parce que ces deux régions avaient déjà ramené ces besoins non satisfaits à un niveau modéré dès 1995. La réduction la plus faible a été enregistrée en Afrique subsaharienne, où ces besoins demeurent élevés. De plus, dans quatre pays de l'Afrique subsaharienne – Bénin, Mali, Ouganda et Tchad –, ces besoins ont encore augmenté.

48. Si les besoins non satisfaits ont dans l'ensemble reculé, la demande globale de planification familiale, définie comme la somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation actuelle de la contraception, a progressé dans la plupart des pays. Le rythme de cette progression a été particulièrement rapide en Asie de l'Est et en Asie centrale et du Sud, où il est en moyenne de 1 point de pourcentage par an. Par comparaison, la progression en Afrique subsaharienne a été modérée, soit 0,6 point de pourcentage par an, bien qu'un fort accroissement de la demande ait été enregistré dans certains pays de la région. C'est ainsi que le Mozambique, la Namibie, l'Ouganda et la Zambie ont vu une augmentation de la demande de plus de 1,5 point de pourcentage par an. La demande totale de planification familiale demeure toutefois faible en Afrique subsaharienne, se situant à moins de 50 %, en particulier par comparaison avec celle observée en Afrique du Nord (65 %), en Asie (75 %) ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes (80 %). En outre, dans 79 % des 36 pays de l'Afrique subsaharienne qui disposent des données nécessaires, 59 %

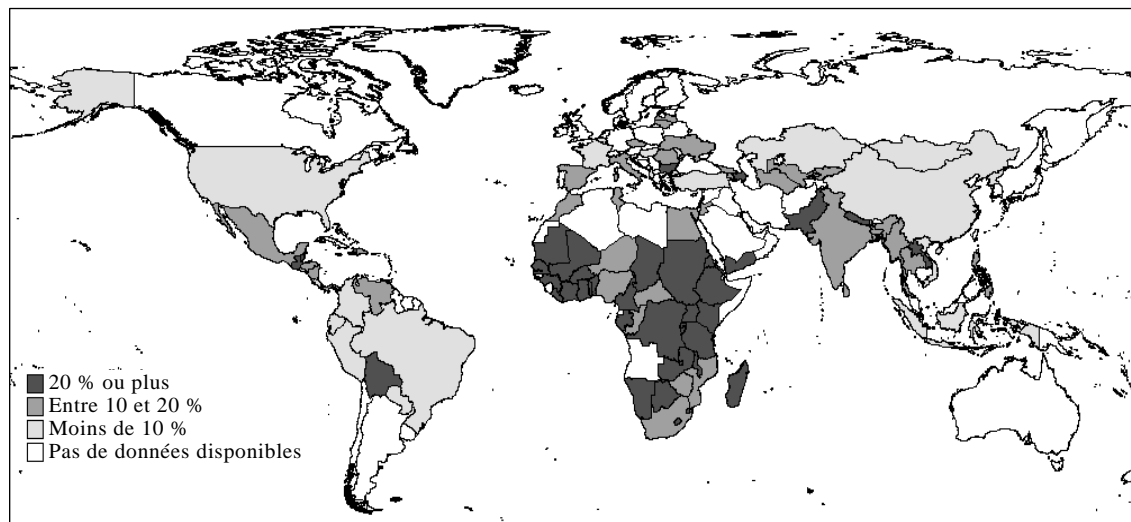
ou plus des besoins non satisfaits en matière de planification familiale découlent du fait que les femmes souhaitent retarder leur prochaine grossesse plutôt que de mettre définitivement fin à leur période de fécondité. En revanche, la plupart des besoins non satisfaits dans les 44 autres pays en développement étaient liés au souhait des femmes de ne plus avoir d'enfants. Dans quatre pays seulement en dehors de l'Afrique subsaharienne – Albanie, Guatemala, République dominicaine et Timor-Leste –, 55 % ou plus des besoins non satisfaits étaient liés au fait que les femmes souhaitaient retarder une future grossesse.

49. Lors de la transition d'une forte à une faible fécondité, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont faibles dans un premier temps, lorsque les familles nombreuses sont la norme, augmentent lorsque la fécondité commence à diminuer et chutent lorsqu'une faible fécondité est atteinte. Du fait que la fécondité a commencé à décliner dans la plupart des pays qui ont pris du retard dans cette transition, les pays où la fécondité est élevée risquent d'avoir une proportion élevée de besoins non satisfaits. Les données disponibles confirment cette hypothèse : parmi les 28 pays qui disposent de données sur les besoins non satisfaits pour l'année 2000 ou une année postérieure et qui connaissent un taux de fécondité cumulée d'au moins 4,0 enfants par femme, 82 % avaient un niveau de besoins non satisfaits supérieur à 20 %. Dans ces pays, la transition à une faible fécondité se trouvera accélérée si les besoins de planification familiale sont satisfaits.

50. Les femmes se heurtent à plusieurs obstacles dans la satisfaction de leurs besoins en matière de planification familiale. Au Bénin, au Burkina Faso, en Éthiopie, au Mali, au Mozambique, au Népal, en Ouganda et au Pérou, par exemple, entre 10 et 19 % des femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits évoquent l'insuffisance des services ou les difficultés d'avoir accès aux services existants comme la raison principale pour laquelle elles n'utilisent pas la contraception. L'absence de connaissances et d'informations sur les méthodes de planification familiale est une autre cause générale signalée par 10 à 15% des femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits dans sept pays africains et en Bolivie. Le coût élevé des contraceptifs est également évoqué, mais par une plus faible proportion des femmes (12 % au Burkina Faso étant le chiffre le plus élevé).

51. Les efforts réalisés par les gouvernements pour ouvrir l'accès à la planification familiale et aux méthodes de contraception modernes ont joué un rôle déterminant dans le comportement en matière de procréation. Dans les pays en développement, l'appui fourni par les gouvernements a régulièrement augmenté. En 2007, 86 % des pays en développement fournissaient un appui direct à la planification familiale, contre 82 % en 1996¹³. Un appui direct suppose la prestation de services par le biais d'établissements administrés par le gouvernement, y compris les hôpitaux, cliniques, dispensaires, ou par le biais d'agents de terrain du gouvernement. Parmi les pays développés, qui s'inquiètent souvent d'un faible taux de fécondité, l'appui direct visant à faciliter l'accès aux méthodes de contraception modernes est en régression. En 2007, 39 % des gouvernements des pays développés fournissaient un appui de ce type, contre 58 % en 1996.

Figure V
Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en concubinage, qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale



Source : *World Contraceptive Use 2007* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.08.XIII.6).

V. Promotion de l'égalité et de l'autonomisation des femmes

52. Tant le Programme d'action que la Déclaration du Millénaire ont lancé un appel en faveur de l'égalité et de l'autonomisation des femmes, estimant que l'une et l'autre jouent un rôle déterminant dans la lutte contre la pauvreté, la faim et la maladie ainsi que dans la réalisation du développement durable. Le Programme d'action fixe un vaste programme pour l'amélioration de la condition de la femme, soulignant l'importance qu'il y a à accroître leur participation égale et leur représentation équitable à tous les échelons de la vie politique, à améliorer l'aptitude des femmes à gagner leur vie en occupant des emplois variés afin de devenir financièrement autonomes, à assurer leur accès dans des conditions d'égalité au marché de l'emploi et à la sécurité sociale et à garantir l'égalité de leurs droits pour acquérir, posséder et vendre des biens et des terres, pour obtenir des crédits et négocier des contrats en leur nom propre, et pour exercer leurs droits en matière de succession (par. 4.4 et 4.6).

53. Le Programme d'action souligne également que l'éducation est l'un des moyens majeurs par lesquels la femme peut acquérir les moyens d'action, les connaissances et le savoir-faire pour participer pleinement au processus de développement (par. 4.2); les gouvernements y étaient invités à garantir aux filles et aux jeunes femmes le plus large accès possible et le plus rapidement possible à l'enseignement secondaire et à l'enseignement supérieur, ainsi qu'à la formation professionnelle et technique afin de supprimer avant l'an 2005 l'écart entre les taux de scolarisation des garçons et des filles dans l'enseignement primaire et secondaire (par. 11.8). Ces objectifs sont conformes à l'élimination de la disparité entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à l'an 2015 que prévoit l'objectif 3 du Millénaire pour le développement. Des progrès notables ont été

réalisés en vue de combler ces écarts. Entre 2000 et 2006, le taux de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire a progressé plus que celui des garçons dans toutes les régions en développement et deux tiers des pays en développement sont parvenus à la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire. Toutefois, les filles représentent encore 55 % des enfants qui ne sont pas scolarisés dans les pays en développement alors qu'en Afrique du Nord, en Afrique subsaharienne, en Océanie et en Asie de l'Ouest, la scolarisation des filles dans l'enseignement primaire demeure inférieure à celle des garçons⁴¹. Ces disparités s'accroissent pour la scolarisation dans l'enseignement secondaire : dans ces quatre régions, le ratio de scolarisation des filles dans le secondaire par rapport à celui des garçons varie entre 80 et 88, ce qui est encore très inférieur à l'objectif de 100.

54. Il importe de retarder l'âge du mariage et des premières maternités pour que les filles et les jeunes femmes restent aussi longtemps que possible à l'école et acquièrent les qualifications nécessaires pour améliorer leurs perspectives sur le marché du travail. Une étude réalisée en Amérique latine et dans les Caraïbes a ainsi montré que la scolarisation des adolescentes dans l'enseignement secondaire augmenterait nettement si l'on pouvait éviter qu'elles n'interrompent leurs études en cas de grossesse⁴². La réduction de la fécondité des adolescentes est l'un des principaux objectifs des gouvernements : parmi les 185 qui ont exprimé un point de vue sur la question, 91 % s'inquiétaient du niveau de fécondité des adolescentes dans leur pays, notamment presque tous les gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes et de la majeure partie de l'Afrique. En outre, 80 % d'entre eux avaient des politiques ou des programmes relatifs à la fécondité des adolescentes. Malgré leur engagement, les baisses de la fécondité des adolescentes obtenues dans les pays en développement entre 1990 et 2000 n'ont pas été répétées après 2000 et la fécondité des adolescentes demeure élevée dans de nombreuses régions en développement, en particulier en Afrique subsaharienne (119 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans), en Amérique latine et dans les Caraïbes (73), en Océanie (63), en Asie du Sud (54) et en Asie de l'Ouest (50). Ainsi donc, même dans les régions où la fécondité est généralement faible, celle des adolescentes n'a pas diminué dans les mêmes proportions, en partie en raison des mariages précoces et des difficultés que rencontrent les jeunes femmes pour accéder à la planification familiale.

55. Le Programme d'action reconnaît qu'il est indispensable que toutes les femmes aient accès à des services de santé génésique peu coûteux, acceptables et commodes afin de pouvoir maîtriser leur destin en matière de procréation et de pouvoir choisir le moment de leurs grossesses en fonction de leur famille, de leur éducation et de leurs plans de travail. La reconnaissance de ces droits des femmes en matière de reproduction est donc essentielle pour leur autonomisation. C'est ainsi que le Programme d'action souligne que les femmes et les hommes doivent « avoir accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour jouir d'une bonne santé sexuelle et exercer leurs droits et responsabilités en matière de procréation » [par. 7.36 b)]. Le Programme met également l'accent sur la part de responsabilité qui incombe aux hommes dans la fonction parentale et le comportement en matière de sexualité et de procréation et les encourage à assumer activement cette responsabilité en ce qui concerne la santé prénatale, maternelle et infantile, la prévention des

⁴¹ *Rapport 2008 sur les objectifs du Millénaire pour le développement* (New York, Organisation des Nations Unies, 2008).

⁴² Parfait Eloundou-Enyegue et C. Shannon Stokes, « Teen pregnancy and gender inequality in education: A contextual hypothesis », *Demographic Research*, vol. 11, 2004

maladies sexuellement transmissibles, dont la contamination par le VIH, la prévention des grossesses non désirées ou à haut risque, la gestion commune des revenus de la famille et la contribution à ces revenus, l'éducation, la santé et la nutrition des enfants ainsi que la nécessité d'admettre et de promouvoir l'idée que les filles valent autant que les garçons (par. 4.27). La pleine mise en œuvre du Programme d'action suppose donc à la fois l'autonomisation des femmes dans tous les domaines de la vie et une participation accrue des hommes dans l'exercice des droits et des responsabilités de la procréation.

56. Ces objectifs vont de pair avec la nécessité d'avoir une tolérance zéro à l'égard de la violence sexiste qui met en danger la santé et la vie des femmes. La violence à l'égard des femmes comporte un énorme coût social et économique. La violence sexiste est plus répandue dans les sociétés où les normes sexuelles limitent l'autonomie des femmes et où les femmes sont soumises à des lois restrictives en matière de divorce, de droit à la propriété et d'héritage de biens. La violence contre les femmes s'accompagne d'une plus forte probabilité de contracter des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH, et d'avoir des grossesses non désirées et dont l'issue est malheureuse, qu'il s'agisse de fausses couches, de décès néonataux et d'insuffisance pondérale à la naissance. Les femmes maltraitées perdent leur confiance en soi et voient leurs possibilités réduites en matière d'éducation et d'emploi. L'élimination de la violence sexiste ferait donc disparaître non seulement ses effets néfastes sur la santé des femmes et des enfants, mais améliorerait également leur éducation et leur participation à la vie active.

VI. Environnement durable

57. Au cours du XX^e siècle, la population mondiale a quadruplé et la population urbaine a triplé. Cette croissance rapide et la redistribution de la population sont intervenues simultanément alors que la production totale était multipliée par 14, que les terres en culture doubleraient, que la superficie des zones irriguées était quintuplée, que les quantités d'eau utilisées étaient multipliées par neuf et la consommation d'énergie par 13⁴³. Tous ces facteurs pris ensemble ont actuellement des effets sans précédent sur l'environnement, entraînant des changements climatiques, la dégradation des terres et l'appauvrissement de la biodiversité⁴⁴. Même si la croissance démographique n'est que l'un des facteurs ayant conduit aux transformations en cours, un ralentissement de cette croissance permettrait de gagner du temps pour s'adapter à ces changements et, en particulier dans les pays à faible revenu, de réduire les efforts nécessaires pour en atténuer les effets préjudiciables. Le ralentissement de la croissance démographique offre également un moyen de garantir que, ainsi que le Programme d'action invite à le faire, les besoins des générations actuelles soient satisfaits sans compromettre l'aptitude des générations futures à répondre à leurs propres besoins [par. 3.3 et 3.4 a)].

⁴³ Peter Marcotullio, « Socio-ecological systems and urban environmental transitions in the Asia-Pacific region », communication présentée à la Réunion du Groupe d'experts des Nations Unies sur la répartition de la population, l'urbanisation, les migrations internes et le développement, New York, 21-23 janvier 2008.

⁴⁴ Programme des Nations Unies pour l'environnement, *L'avenir de l'environnement mondial : l'environnement au service du développement 4 (GEO-4)*, 2007.

58. L'utilisation des ressources naturelles et l'accès à l'énergie sont indispensables pour le développement, mais leurs sous-produits se sont révélés néfastes pour l'environnement. Le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat a conclu que l'accroissement des émissions de gaz à effet de serre, et plus particulièrement du dioxyde de carbone (CO₂), sont responsables des changements climatiques. Récemment encore, les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) produisaient la majeure part des émissions de CO₂ mais, à partir de 2005 environ, les émissions de CO₂ en provenance d'autres pays ont dépassé celles des pays de l'OCDE et devraient continuer à le faire en raison à la fois de la rapide croissance économique des pays à économie émergente et de la plus forte croissance démographique dans les pays extérieurs à l'OCDE⁴⁵. Toutefois, le rapport entre la croissance démographique et l'augmentation des émissions de gaz à effet de serre n'est pas simple et les scénarios de l'évolution des émissions à l'avenir ne permettent pas d'évaluer les effets de la dynamique démographique indépendamment de l'évolution économique et technologique. Par ailleurs, l'évolution de la pyramide des âges, l'urbanisation croissante et l'évolution de la taille des ménages influent simultanément sur le volume des émissions⁴⁶.

59. Le maintien d'un accès adéquat à l'eau pour des populations de plus en plus nombreuses est une préoccupation majeure. À ce jour, 2,8 milliards de personnes vivent dans des bassins fluviaux qui souffrent d'une forme ou d'une autre de pénurie d'eau⁴¹ et des régions en manque d'eau existent sur chaque continent. En outre, 1,6 milliard de personnes vivent dans des régions où l'absence de ressources humaines, institutionnelles ou financières limite l'accès à l'eau, en particulier dans une grande partie de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique subsaharienne. Bien que, depuis 1990, pas moins de 1,6 milliard de personnes aient obtenu un accès à de l'eau potable, la proportion de la population bénéficiant de cet accès ne dépasse pas 58 % en Afrique subsaharienne et la lenteur des progrès obtenus jusqu'ici donne à penser que cette région ne parviendra pas à réduire de moitié la proportion des personnes privées d'accès à l'eau potable d'ici à 2015 (objectif 7 du Millénaire pour le développement). En Asie de l'Est, l'alimentation en eau potable améliorée a été élargie à 400 millions de personnes supplémentaires depuis 1990 et toutes les régions d'Asie sont en passe d'atteindre cet objectif. La disponibilité d'eau douce par habitant en Asie a néanmoins reculé de 60 à 40 % entre 1955 et 1990 et la plupart des pays d'Asie connaîtront probablement de graves pénuries d'eau d'ici à 2025⁴⁷. Du fait que la croissance démographique augmente, la demande d'eau dans tous les secteurs de l'économie, y compris l'agriculture, le contrôle de cette croissance facilitera la conservation de l'eau et la recherche des investissements nécessaires pour rendre l'eau accessible et permettra de disposer de plus de temps pour s'adapter aux conditions futures.

60. En 2008, le nombre des habitants des zones urbaines a dépassé le nombre des habitants des zones rurales et, à l'avenir, la croissance démographique se trouvera concentrée principalement dans les zones urbaines des pays en développement.

⁴⁵ Banque mondiale, « Development and Climate Change: A Strategic Framework for the World Bank Group », consultation draft, 2008.

⁴⁶ Brian C. O'Neill, « The role of demographics in emissions scenarios », rapport de la Réunion spéciale sur les scénarios des émissions du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, 12-14 janvier 2005, Washington.

⁴⁷ Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, Technical Working Paper VI, 2008.

Étant donné que, dans la plupart des pays en développement, les citadins ont un meilleur accès aux services que les habitants des régions rurales, l'exode des zones rurales vers les zones urbaines offre un moyen d'accéder à ces services. Toutefois, la croissance rapide de l'habitat urbain dans certains pays a mis les gouvernements de ces pays dans la quasi-impossibilité de fournir des services adéquats à tous les habitants des zones urbaines et le nombre des personnes habitant dans des taudis demeure élevé, soit 840 millions de personnes ou 37 % de la population urbaine des pays en développement⁴⁸. Parmi les habitants de taudis, 9 sur 10 n'ont pas de services d'assainissement adéquats ou vivent dans des logements surpeuplés. L'amélioration de l'accès à des services d'assainissement est une intervention peu coûteuse susceptible d'améliorer la vie et la santé de millions de personnes. Depuis 1990, l'accès à des services d'assainissement améliorés a été élargi à 1,1 milliard de personnes supplémentaires dans les pays en développement, mais ces services devront être étendus à 1,6 milliard de personnes de plus d'ici à 2015 si l'on veut atteindre l'objectif consistant à réduire de moitié la proportion des personnes sans accès à des services d'assainissement (objectif 7 du Millénaire pour le développement)⁴¹. Dans les zones urbaines, les améliorations apportées à l'assainissement n'ont pas réussi à suivre le rythme de l'accroissement de la population urbaine, en particulier en Afrique subsaharienne. À l'échelle du monde entier toutefois, 70 % des personnes privées d'un assainissement amélioré vivent dans les zones rurales. En conséquence, ainsi qu'il est recommandé dans le Programme d'action, « bien qu'il soit indispensable d'améliorer considérablement les stratégies concernant l'infrastructure urbaine et l'environnement dans de nombreux pays en développement, en vue de fournir aux résidents urbains un environnement salubre, des activités analogues devraient également être menées dans les zones rurales » (par. 9.4).

VII. Partenariat mondial en faveur du développement

61. Le Programme d'action prévoyait la nécessité de mobiliser des ressources financières supplémentaires aussi bien auprès de sources nationales que de donateurs afin de pouvoir mettre en œuvre des programmes démographiques qui répondraient aux recommandations de base qu'il contenait. En particulier, des moyens de financement seraient nécessaires pour quatre éléments des programmes de population axés sur : a) les services de planification familiale; b) les services de santé de base en matière de reproduction afin d'améliorer la santé maternelle; c) la prévention des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida; et d) des travaux de recherche fondamentale et l'analyse des données sur la population et le développement, et notamment renforcement des capacités nationales (par. 13.14). Le Programme contenait des estimations des coûts de la mise en œuvre de ces quatre éléments dans les pays en développement et dans les pays en transition (par. 13.15) et prévoyait que deux tiers de ces coûts seraient à la charge des pays et qu'un tiers serait financé par des sources extérieures.

62. Récemment, les dépenses nationales liées aux activités dans le domaine de la population ont augmenté dans toutes les régions et ont atteint 23 milliards de dollars en 2006. Environ 30 % de l'ensemble des dépenses nationales sont consacrées à la prévention et au traitement des maladies sexuellement transmissibles et du

⁴⁸ Voir E/CN.9/2008/3, par. 54.

VIH/sida⁴⁹ mais, en Afrique subsaharienne, 88 % des dépenses nationales sont absorbées par les programmes de lutte contre le VIH/sida. L'aide des donateurs destinée à des activités démographiques a sensiblement augmenté après 2001, faisant suite à une période de stagnation qui avait débuté en 1995. Cet accroissement de l'aide des donateurs est toutefois principalement lié à l'augmentation des fonds versés spécifiquement pour le traitement du sida, alors que l'aide des donateurs en faveur de la planification familiale a marqué un recul. Entre 1996 et 2005, l'aide des donateurs par habitant destinée à la planification familiale a chuté de 80 % en Afrique subsaharienne, de 70 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, de près de 65 % en Afrique du Nord et en Asie de l'Est et de 47 % en Asie et dans le Pacifique (voir fig. VI).

63. Il est à prévoir que les investissements dans la planification familiale, qui permet aux femmes d'avoir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent et espacés comme elles le souhaitent, réduiront la fécondité et permettront de faire des économies. Il faut savoir qu'un programme de base de services de santé coûte 45 dollars par an et par personne, ce qui est beaucoup plus que ce que la plupart des pays à faible revenu consacrent à la santé⁵⁰. Si la fécondité était ramenée d'ici à 2015 aux niveaux envisagés dans la variante inférieure des projections de l'ONU, la population des pays les moins avancés serait à cette date inférieure de 21 millions aux chiffres de la variante moyenne⁵¹, d'où résulteraient des économies annuelles de près d'un milliard de dollars d'ici à 2015.

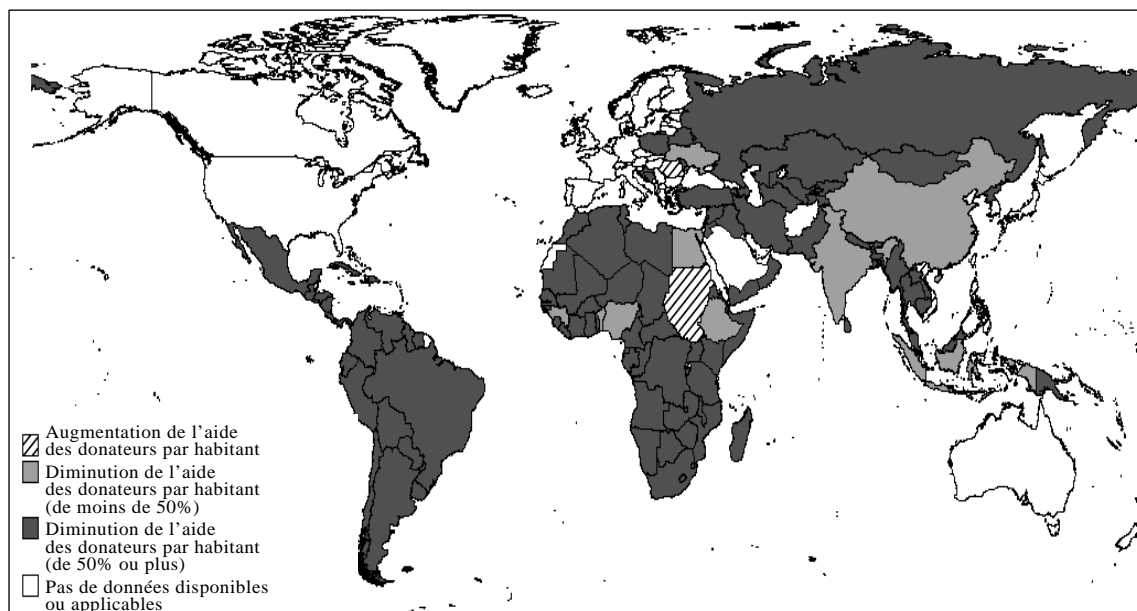
64. Bien que de nouveaux engagements aient été pris récemment en matière de financement de la planification familiale, ce financement ne progresse pas au même rythme que la demande, en particulier dans les pays à faible revenu, ce qui met en danger non seulement la réalisation de la santé pour tous en matière de procréation, mais aussi celle de tous les autres objectifs liés à la santé, à l'égalité entre les sexes et à l'éducation qui en sont tributaires.

⁴⁹ Voir E/CN.9/2008/5, par. 22.

⁵⁰ Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems, « Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health », *The Lancet*, vol. 371, 2008.

⁵¹ Seul le niveau de fécondité projeté diffère dans les variantes moyenne et inférieure. En 2015, la fécondité projetée pour les pays les moins avancés est de 3,69 dans la variante inférieure et de 4,15 dans la variante moyenne, soit une différence de 0,46 enfant par femme.

Figure VI
Variation en pourcentage de l'aide des donateurs pour des programmes de planification familiale, par femme âgée de 15 à 49 ans, 1996-2006



VIII. Conclusions et recommandations

65. La pleine mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement peut apporter une contribution importante à la réalisation des objectifs de développement internationalement convenus. Quinze ans après son adoption, des insuffisances dans cette mise en œuvre, particulièrement évidentes dans les pays les moins avancés et dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, ont freiné les progrès dans la réalisation des principaux objectifs de développement, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement. Depuis les années 70, la politique des pouvoirs publics adoubée par les donateurs a réussi à éviter une « explosion démographique » mondiale, mais la croissance démographique demeure forte dans de nombreux pays à faible revenu. Une forte croissance démographique résultant de la persistance d'une fécondité élevée fait peser une pression croissante sur les ressources existantes et réduit l'aptitude des gouvernements à relever de nouveaux défis.

66. Une diminution de la fécondité réduit la proportion des personnes à charge dans une population, aboutissant à une situation dans laquelle l'évolution démographique peut dynamiser la croissance économique si elle s'accompagne de mesures visant à renforcer le capital humain, à créer des emplois, à grossir l'épargne et à améliorer la distribution des revenus. La diminution de la fécondité peut aussi contribuer à réduire la pauvreté et la faim, à l'échelon national mais aussi à l'échelon des ménages. Les familles qui comptent moins d'enfants peuvent plus investir dans la santé, la nutrition et l'éducation de chacun d'eux. L'analyse du système de transmission d'une

génération à une autre a montré que les pays à faible fécondité consacrent sensiblement plus de ressources à la santé et à l'éducation des enfants que les pays à fécondité élevée. Un ralentissement de l'accroissement du nombre d'enfants facilite l'instauration de l'enseignement primaire universel.

67. Une forte fécondité va de pair avec la persistance de la pauvreté à l'intérieur même des pays car les groupes à faible revenu connaissent en général une croissance naturelle plus forte que les groupes à revenu élevé. En conséquence, l'abaissement de la fécondité dans les ménages pauvres peut contribuer à réduire la pauvreté, à la fois directement et indirectement. Une forte fécondité parmi les pauvres peut contribuer à la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre.

68. Les politiques destinées à lutter contre les effets de l'envolée des prix des denrées alimentaires devraient porter en priorité sur la protection immédiate des personnes les plus vulnérables, y compris les femmes et les enfants. Les solutions à long terme devraient intégrer une politique démographique comme faisant partie d'une action coordonnée visant à promouvoir des moyens d'existence viables pour tous en aidant les ménages à éviter la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre.

69. Malgré les progrès accomplis pour donner accès aux méthodes de contraception modernes aux personnes qui en ont besoin, le nombre des femmes mariées dans les pays en développement dont les besoins en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits est estimé à 106 millions. La satisfaction de ces besoins pourrait contribuer à réduire la mortalité maternelle, à améliorer la santé maternelle, à réduire la mortalité infantile, à promouvoir l'égalité entre les sexes, à lutter contre le VIH/sida et à réduire la pauvreté. Le financement en faveur de la planification familiale n'a pourtant pas progressé au même rythme que la demande. Entre 1996 et 2005, l'aide des donateurs par habitant affectée à la planification familiale a diminué dans toutes les régions. En Afrique subsaharienne, en raison de la forte incidence du VIH/sida, l'essentiel des dépenses nationales consacrées à la santé en matière de reproduction est utilisé pour le traitement du sida. Un accroissement substantiel des ressources intérieures et extérieures consacrées à la planification familiale est indispensable pour que la santé pour tous en matière de reproduction puisse être garantie d'ici à 2015.

70. Des naissances rapprochées et des grossesses chez les adolescentes et les femmes âgées font courir aux enfants des risques mortels accrus. Afin d'accélérer l'abaissement de la mortalité infantile, en particulier dans les pays à faible revenu et à forte fécondité, il est capital d'élargir l'accès à la planification familiale et de redoubler d'efforts pour multiplier les interventions destinées à améliorer la santé des enfants afin d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement.

71. Pour réduire la mortalité maternelle, il est indispensable de veiller à ce que les femmes aient accès à des soins prénatals pendant leur grossesse, à du personnel qualifié pendant leur accouchement et à des soins obstétriques d'urgence en cas de complications. En permettant aux femmes d'éviter des grossesses inopportunes et non voulues, l'accès à la planification familiale réduit les risques de mortalité maternelle. En outre, la réduction du nombre de

grossesses permet de garantir aux femmes en couches une maternité sans risques à moindre coût.

72. Les services de soins prénatals et de planification familiale devraient prévoir la diffusion d'informations et de conseils sur le VIH/sida ainsi qu'un dépistage volontaire afin de recenser les femmes qui ont besoin d'un traitement et de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La planification familiale peut permettre aux femmes séropositives d'éviter des grossesses non voulues et de réduire ainsi l'incidence du VIH parmi les enfants.

73. Dans les pays où le paludisme est endémique, les soins prénatals devraient prévoir l'application d'un traitement antipaludique intermittent aux femmes enceintes et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. À moyen terme, un accès amélioré à la planification familiale peut faire baisser le coût de la lutte contre le paludisme en réduisant la population à risque.

74. L'instauration de l'égalité entre les sexes, de l'équité et de l'autonomisation des femmes revêt de l'importance dans la lutte contre la pauvreté, la faim et la maladie et dans la réalisation du développement durable. L'éducation offre un moyen capital d'autonomiser les femmes en mettant à leur disposition les connaissances, les qualifications et la confiance en soi indispensables pour leur permettre de participer pleinement au processus de développement. En retardant le mariage et la première maternité, on permet aux filles et aux jeunes femmes de rester à l'école et d'acquérir les qualifications nécessaires pour améliorer leurs perspectives sur le marché de l'emploi. La scolarisation des adolescentes dans le secondaire augmenterait encore si l'abandon des études pour cause de grossesse pouvait être évité.

75. Bien que le rapport entre la croissance démographique et l'augmentation des émissions de gaz à effet de serre ne soit pas simple et qu'il ne soit pas encore possible d'évaluer les effets de la croissance démographique indépendamment d'autres changements économiques et technologiques, la réduction de la croissance démographique permettra d'avoir le temps de s'adapter à ces changements et, en particulier dans les pays à faible revenu, de réduire les efforts nécessaires pour en atténuer les effets préjudiciables.

76. Le maintien à un accès adéquat à l'eau pour une population mondiale en expansion constitue un défi. Étant donné que la croissance démographique augmente la demande d'eau dans tous les secteurs de l'économie, y compris dans l'agriculture, le freinage de cette croissance rendra plus facile de conserver l'eau, de faire les investissements nécessaires pour rendre l'eau accessible à un plus grand nombre de personnes et d'élargir la couverture des services d'assainissement afin d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre de l'objectif 7 du Millénaire pour le développement.

77. La population de l'Asie est aujourd'hui légèrement supérieure à 4 milliards, au lieu de dépasser le niveau des 6 milliards comme elle l'aurait fait si la fécondité s'était maintenue au niveau de 1970, et cela parce que 68 % des femmes asiatiques âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées ou vivent en concubinage utilisent une méthode de contraception ou une autre. Le contraste est frappant avec l'incidence de la contraception en Afrique subsaharienne, où elle ne dépasse pas 22 %, n'ayant pas réussi à atteindre le modeste niveau de 31 % qui avait été envisagé en 1994 et avait servi de point de départ pour

estimer le volume de financement qui aurait été nécessaire pour atteindre les buts et objectifs énoncés dans le Programme d'action. Des disparités aussi marquées dans la mise en œuvre font obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Étant donné qu'il reste à peine six ans pour atteindre ces objectifs, la priorité devrait être donnée à l'atténuation de ces disparités.
